UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 45

FACULTE DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LATENCE DES PLEURÉSIES

CHEZ L'ENFANT

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mars 1911

PAR

Ferdand BLANC

Né à Saint-Ambroix (Gard), le 4 octobre 1884

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

ANCIEN MONITEUR D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

Examinateurs de la thèse

BAUMEL, professeur, *président.*
CARRIEU, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé. } *Assesseurs*
EUZIÈRE, agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LATENCE DES PLEURÉSIES

CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 45

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LATENCE DES PLEURÉSIES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Mars 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Fernand BLANC

Né à Saint-Ambroix (Gard), le 4 octobre 1884

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

ANCIEN MONITEUR D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

Examinateurs de la thèse

BAUMEL, professeur, *président.*
CARRIEU, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
EUZIÈRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérap utique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique d s m ladies mental s et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique méd cal	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
VEDEL.
SOUBEYRAN.
GRYNFELTT (Ed.).
LAGRIFFOUL.
MM. LEENHARDT.
GAUSSEL.
RICHE.
CABANNES.
DERRIEN.
MM. DELMAS (Paul).
MASSABUAU.
EUZIÈRE.
LECERCLE.

Examinateurs de la thèse ;

MM. BAUMEL, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
EUZIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MES SŒURS, A MA FAMILLE, A MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

F. BLANC

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER
ET DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

F. BLANC

AVANT-PROPOS

A cette heure grave de notre vie, où nous allons aborder les soucis de l'existence et les difficultés de la pratique médicale, notre pensée se reporte avec émotion vers ceux qui ne sont plus, vers nos parents regrettés. Leur absence se fait aujourd'hui sentir plus tristement que jamais ; il nous est doux de témoigner ici de leurs bienfaits, de nous rappeler leurs exemples et d'évoquer pieusement leur mémoire.

Un devoir agréable nous reste à remplir : celui d'assurer de notre respect et de notre affection ces maîtres dévoués qui nous ont guidé dans nos études, ceux que l'Ecole d'Hippocrate nous prescrit d'aimer et d'honorer à l'égal de nos parents. Que nos maîtres de la Faculté de Montpellier reçoivent donc ici l'hommage de notre reconnaissance ; elle s'adresse plus particulièrement à M. le professeur Baumel, qui nous fait le grand honneur de présider la soutenance de notre thèse ; à M. le professeur Carrieu et MM. les professeurs agrégés Soubeyran et Euzière, qui ont bien voulu être les juges de notre travail, et qui furent toujours excellents envers nous.

Nous tenons aussi à remercier nos maîtres des Hôpitaux d'Avignon. Pendant notre période d'internat dans cette ville, nous avons pu profiter des précieuses leçons de MM.

les médecins Lugan et Vincenti ; de MM. les chirurgiens Cassin, Durbesson, P. Pamard, Montagard et Jacquet ; de MM. les médecins militaires de Casabianca, Sagrandi et Pitois. Nous conserverons de leur bienveillant enseignement le meilleur souvenir. Nous avons eu le grand honneur de seconder dans ses fonctions à la Maternité de Vaucluse, M. le docteur A. Pamard, associé national de l'Académie de Médecine ; ce maître éminent nous a fait profiter de sa longue expérience et de ses connaissances approfondies dans l'art obstétrical ; nous le prions de recevoir nos plus respectueux remerciements.

Nous voulons enfin témoigner toute notre gratitude à notre maître et ami, le docteur Gaujoux, chef de clinique médicale à la Faculté, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et dont la sympathie agissante nous a été tant de fois si précieuse.

En quittant la Faculté de Montpellier et l'Hôpital d'Avignon, nous tenons à exprimer à tous nos amis et à nos camarades d'internat les regrets que nous éprouvons à nous séparer d'eux ; au seuil de la vie nouvelle qui commence pour nous, notre souhait le plus cher est de rencontrer des amitiés aussi fidèles, aussi loyales et aussi sûres que celles dont nous avons été entouré pendant nos études médicales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

LATENCE DES PLEURÉSIES

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Dans cette courte monographie, dont la rédaction, faute de temps, aura peut-être été un peu hâtive, nous voudrions nous efforcer d'insister sur la *latence possible et même fréquente des pleurésies chez l'enfant.*

Quelque justifiées que puissent, à première vue, paraître les critiques élevées contre le terme de pleurésies « latentes », c'est encore lui que, faute de mieux, nous emploierons au cours de cette étude. Nous entendrons sans doute sous ce terme, comme le déclarait Pidoux, en 1850, « toutes les pleurésies qui ne sont pas sans signes physiques, mais sans symptômes. Ce sont des pleurésies qui se cachent, mais qu'on peut trouver. »

Ainsi définie, l'épithète de « latentes » dont nous gratifions certaines pleurésies, nous paraît préférable à celle de « pleurésie muette » ou de pleurésie « cachée », employée par certains auteurs.

Les cliniciens n'attribuent-ils pas d'une façon générale au terme de maladie « latente » une valeur différente du sens littéral ; du fait qu'une affection n'est pas révélée cliniquement, il ne s'en déduit pas qu'elle est irrévélable ; elle est, dit-on, latente ; et c'est cette valeur que nous attribuons personnellement à l'expression de pleurésie latente.

Cela étant posé au début même de cette étude, fixons-en les bases et limitons notre enquête.

Nous eûmes, l'année dernière, l'occasion d'observer, dans la clinique des maladies des enfants, un cas curieux de pleurésie latente séro-fibrineuse, qui fit d'ailleurs l'objet d'une intéressante leçon clinique de notre maître, le professeur Baumel. MM. les docteurs Gaujoux et Maillet ont depuis consacré à l'étude de cette forme de pleurésie chez l'enfant une revue générale (1), à laquelle nous ferons d'ailleurs de nombreux emprunts.

Ce sont là les premiers documents sur lesquels nous avons cru possible d'établir les quelques considérations générales résumées dans ce travail.

Mais nous avons, en outre, consulté de nombreuses études ou monographies, éparses dans la littérature, et qui se trouvent en partie consignées à la fin de ce travail. C'est dire que le sujet abordé n'est pas nouveau ; il prêtait simplement, nous semble-t-il, à quelques considérations intéressantes sur lesquelles nous insisterons de façon particulière, et que nous énoncerons d'ailleurs sous forme de conclusions.

L'ordre adopté par nous sera le suivant :

---

(1) Gaujoux et Maillet. — *Gazette des hôpitaux*, 1910, p. 2025 et suivantes.

Après quelques mots d'un *historique* très bref, presque schématique, nous abordons l'*étude séméiologique* des pleurésies dites latentes, que nous classons d'ailleurs suivant les caractères mêmes du liquide épanché, retiré par ponction. L'*évolution* chez l'enfant de chacune de ces diverses variétés, ainsi précisées, de pleurésies latentes, est étudiée dans notre chapitre II, tandis que le chapitre III lui-même est consacré à l'étude de leur *diagnostic*.

Cela étant écrit, nous pouvons avec profit rechercher et déterminer les *causes mêmes de la latence des épanchements pleuraux chez l'enfant*, et c'est là surtout l'objet de ce travail.

Quelques mots de traitement nous permettent de préciser les données particulières dont doit, semble-t-il, s'inspirer le clinicien, en présence d'une pleurésie latente, tardivement reconnue.

CHAPITRE PREMIER

S'il est un chapitre de pathologie pleuro-pulmonaire riche en documents cliniques, c'est bien à coup sûr celui qui traite des pleurésies.

Mise à part la pleurésie sèche, dont les symptômes sont souvent, on le sait, réduits aux frottements révélés par l'auscultation, de nombreux signes cliniques accumulés par les médecins permettent depuis longtemps d'asseoir le diagnostic de pleurésie à épanchement et d'en soupçonner la variété.

Et pourtant, un fait demeure très classique, lui aussi : de volumineux épanchements pleuraux peuvent rester insoupçonnés ; bien que cliniquement révélables, ils sont longtemps ignorés, jusqu'au jour fortuit où un examen complet du malade ou la nécropsie en démontre l'existence. Ce fait est d'une réalité incontestable, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte ; il est aussi vrai des pleurésies séro-fibrineuses ou hémorragiques, que des pleurésies purulentes que révèle si souvent une vomique.

La réaction pleurale s'est faite légère, à peine marquée, et la pleurésie parfaitement nette pour qui la chercha est restée latente.

C'est Pidoux qui l'un des premiers, sinon le premier, a étudié et décrit chez l'adulte la pleurésie latente. Avant

lui, dit-il, Baglivi et Stall « l'avaient nommée, mais non connue ».

Après Pidoux, c'est Trousseau, c'est Lasègue, c'est Dieulafoy qui, à propos des indications de la thoracentèse, insistent tour à tour longuement sur la pleurésie latente, qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs et peut être cause de mort subite.

Les pleurésies latentes, ou mieux la latence possible des pleurésies, étaient donc bien connues et étudiées chez l'adulte. Mais ce qui chez l'adulte est l'exception devient chez l'enfant presque la règle.

Au point de vue spécial de la pleurésie chez les enfants, Trousseau et Lasègue d'abord, West ensuite, ont depuis longtemps insisté particulièrement sur la fréquence (par rapport à l'adulte) des pleurésies latentes à cet âge ; ils en ont même rapporté des observations très démonstratives. D'autre part, nombreux sont les auteurs classiques (Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Descroizilles, dans leurs traités des maladies de l'enfance, Jules Simon, *Progrès Méd.*, 30 janvier 1891), qui signalent la difficulté du diagnostic de pleurésie chez l'enfant, étant donnés la faible réaction, la fièvre peu élevée, le peu de douleur que présentent ces jeunes sujets.

Depuis ces auteurs, les questions spéciales des pleurésies purulentes, hémorragiques et sérofibrineuses, ont donné lieu à toute une série de travaux remarquables, que nous jugeons inutile de rappeler ici, mais dont nous avons consigné les plus importants dans notre bibliographie.

Quoi qu'il en soit, et malgré l'attention avec laquelle nous avons pu les lire, on ne trouve reprise dans aucun de ces mémoires, d'une façon nettement explicite (sauf en ce qui concerne les pleurésies purulentes), cette phrase si juste en un sens de J. Simon : « Si vous voulez com-

prendre les pleurésies dans l'enfance, il vous faut à peu près oublier toutes les notions classiques et quelque peu schématiques que vous pouvez avoir sur les pleurésies en général ; la pleurésie à épanchement, type à symptômes bien caractérisés, est d'une extrême rareté chez l'enfant. »

Or, c'est là justement ce que nous voudrions justement essayer de montrer dans cette thèse. La pleurésie chez l'enfant se cache et ne se révèle que si on la cherche.

CHAPITRE II

Nous n'avons pas ici à reprendre toute la symptomatologie de la pleurésie sèche et des trois variétés fondamentales de pleurésies à épanchement (séro-fibrineux, hémorragique, purulent).

Rappelons simplement les quelques données fondamentales, aujourd'hui classiques, de la séméiologie pleurale chez l'enfant.

A part de l'endolorissement thoracique, ou une véritable esquisse de névralgie intercostale, rien ne révèle mieux la *pleurésie sèche* que l'auscultation. C'est toujours à elle qu'il faut s'adresser, et ce sont les *frottements*, d'ailleurs parfois très peu nets, qu'il faut ici chercher, plus encore que la déformation thoracique, la diminution de la sonorité et l'atténuation des vibrations.

Dans la *pleurésie séro-fibrineuse type*, le début peut se faire de plusieurs façons : quelquefois il est brutal (fièvre, point de côté, dyspnée) ; mais qui discutera que la fièvre et la dyspnée ne soient des signes absolument contingents, que le point de côté, quand il ne manque pas, ne peut avoir un siège anormal, si bien que dans la pleurésie comme dans la pneumonie, la douleur peut être rapportée par l'enfant à la région abdominale.

En fin de compte, ce sont souvent chez l'enfant des signes généraux ou nerveux qui marquent le début de la

maladie ; l'enfant présente de la céphalée, du délire, des convulsions.

Quoi qu'il en soit, ce n'est, dans la majorité des cas, que l'examen attentif de l'appareil respiratoire qui pourra le plus souvent montrer la pleurésie en évolution.

Quel contraste, en effet, le plus souvent, entre la netteté, pourquoi ne pas dire la richesse, des signes physiques, et l'insuffisance des symptômes fonctionnels? L'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, aucun de ces divers temps de l'examen thoracopulmonaire ne manque, en général, d'apporter, surtout chez l'enfant déjà âgé, de nombreux éléments diagnostiques, d'ailleurs toujours précieux à combiner. Cette même opposition se retrouve encore exagérée dans les poussées de pleurésies séro-fibrineuses, décrites comme latentes. Ici pas d'illusion.

Dans certains cas (pleurésie latente primitive), le début a lieu à l'occasion d'un coup de froid, ou même sans cause déterminante appréciable. Un enfant est pris de frisson, de malaise, d'inappétence, de courbature ; il ressent un point de côté peu considérable, qui peut même manquer tout à fait. Il a pendant quelques jours une petite toux sèche.

Mais ces premiers symptômes sont le plus souvent vite oubliés ; le petit malade manifeste à peine un peu de gêne respiratoire. Il n'y a pas d'élévation thermique, l'appétit est conservé, et l'enfant abandonné à lui-même reprend ses jeux favoris.

West signale, dans quelques observations, « une fébricule légère, un peu de toux et rien de plus, si bien que ces symptômes très vagues ont pu, dit-il, être attribués à la dentition, à des vers intestinaux, à une fièvre gastrique, etc. »

Le début est donc des plus insidieux, simulant un sim-

ple rhume ou toute autre affection. La maladie évolue sans secousses, sans révoltes de l'organisme (Lasègue). Elle va cependant amener à la longue une altération générale de la santé. En effet, au bout de deux ou trois semaines, le début de la maladie étant presque oublié, on observe que l'enfant ne se rétablit pas.

Cependant, la dyspnée est très peu marquée, la toux rare. Il n'y a que de l'essoufflement facile, au moindre effort, et une fatigue insolite, « une gêne vague dans la poitrine » (Pidoux). Rien, en un mot, qui attire l'attention d'une façon spéciale du côté de la plèvre.

En ce qui concerne l'état général, on peut observer des sueurs, de la céphalée, de l'anorexie. La face est pâle, le teint mat, parfois plombé, les pupilles dilatées ; l'amaigrissement est rapide.

L'enfant éprouve une sensation de fatigue générale, il manque d'entrain. Mais, dans la majorité des cas, il n'y aura là que des troubles vagues, qui ne l'empêcheront pas de mener la même vie qu'auparavant, de jouer avec les autres enfants, ainsi que le signale West, ainsi que l'on peut le trouver mentionné dans l'observation de MM. Baumel, Gaujoux et Maillet, recueillie dans le service du professeur Baumel, et que voici :

Observation

Pleurésie latente séro-fibrineuse chez un enfant de 9 ans 1/2 (*In* Soc. des Sc. Méd. de Montpellier, séance du 8 avril 1910).

La jeune Bl... Yv..., âgée de 9 ans et demi, est entrée à l'hôpital, dans la clinique des maladies des enfants, le 14 février 1910. C'est une enfant pâle, amaigrie ; elle a eu la fièvre typhoïde il y a un an, et depuis est faible, chétive.

Du côté de ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien de bien précis à signaler. Elle fut amenée la veille de son entrée, à la consultation externe, parce qu'elle éprouvait depuis une quinzaine de jours quelques troubles respiratoires : un peu de toux sèche, essoufflement facile. Elle avait, en autre, de l'anorexie, un peu de céphalée et de l'asthénie généralisée. La mère attribuait ces divers troubles à des vers intestinaux, l'enfant en ayant rendu plusieurs quelques jours auparavant.

En présence des signes constatés à l'auscultation, elle fut envoyée à l'hôpital, et voici les résultats complets de l'examen fait au moment de son entrée.

A l'inspection, il n'y a pas de déformations thoraciques osseuses, mais une légère voussure existe cependant à gauche, en arrière.

La percussion montre, en avant et en arrière, du côté gauche, de la matité dans toute la hauteur, jusque sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse. Matité de l'espace de Traube.

Les vibrations sont abolies dans tout le côté gauche.

A l'auscultation, on perçoit en avant, sous la clavicule, un souffle très marqué, un véritable souffle tubaire, tel qu'il a été décrit par Rilliet et Barthez. En arrière, il y a de l'obscurité respiratoire dans toute la hauteur, et on trouve de l'égophonie à la partie supérieure.

Du côté droit, il y a un peu d'hypersonorité à la percussion, par comparaison ; la respiration est bruyante, presque soufflante. C'est une respiration de compensation.

Le cœur est dévié ; on voit à l'inspection sa pointe battre à l'épigastre. Le premier jour même, à la consultation, on a pu noter les battements à droite du sternum. C'est peut-être sous l'influence du repos au lit que la déviation est diminuée. Les bruits du cœur sont lointains et sourds.

Il y a de la tachycardie, mais pas de souffle. Le pouls est à 116.

Cependant, il n'y a pas de fièvre ; la température n'a pas dépassé 37°2 ; il n'y a jamais eu de point de côté. La malade, avant son entrée à l'hôpital, en dehors des troubles légers signalés, continuait à jouer avec ses frères.

La malade est mise au lit dès son entrée à l'hôpital, et au régime lacté. L'examen des urines ne montre ni albumine, ni sucre. On décide de pratiquer la thoracentèse, mais on fait d'abord une ponction exploratrice avec la seringue de Roux. On retire un liquide qui paraît être sous une forte pression, séro-fibrineux, qui est centrifugé et dont le culot paraît composé de nombreux lymphocytes avec, cependant, quelques polynucléaires.

La thoracentèse faite ensuite permit de retirer 600 centimètres cubes de liquide, et on en aurait retiré certainement davantage si l'enfant, très pusillanime, n'avait marqué de la pâleur, un peu de dyspnée et tendance à la lipothymie.

Après la ponction, l'enfant a été un peu agitée. Le pouls était à 120, mais la nuit fut bonne.

Dès le lendemain, on put constater du skodisme en avant, sous la clavicule, de la sonorité dans la fosse sus-épineuse. L'enfant est très bien, elle joue dans son lit toute la journée.

Cependant, pendant trois ou quatre jours après la ponction, la température s'est élevée le soir à 38 et 39 degrés, alors qu'avant, la température maxima avait été 37°3.

Nous avons attribué cette élévation thermométrique à la résorption de l'épanchement, qui s'est poursuivie graduellement en effet à partir de ce moment.

La zone de sonorité augmenta régulièrement à la partie supérieure, tandis que l'espace de Traube redevint sonore,

et qu'en arrière on entendait la respiration là où il y avait, quelques jours avant, abolition complète du murmure vésiculaire.

Les bruits du cœur s'entendaient mieux ; la déviation de la pointe n'était plus marquée.

A ce moment même on pouvait noter en arrière trois zones superposées : au sommet, la respiration était normale et même exagérée par compensation ; à la base existait encore de l'obscurité respiratoire, et dans la partie moyenne on percevait un souffle doux très net de pleurésie. Il y avait au même niveau de l'égo-bronchophonie.

Ces signes disparurent d'ailleurs peu à peu. Une ponction faite neuf jours après la thoracentèse, avec l'aiguille de Pravaz, pour étudier la perméabilité des séreuses au nitrate, ne permit de retirer que six ou sept centimètres cubes de liquide. La malade est sortie quelque temps après, ne présentant plus qu'un peu d'obscurité respiratoire et quelques frottements légers à la base gauche. Ces derniers ont disparu depuis.

Il s'agit bien là d'une pleurésie cachée, mais nettement révélable par l'examen des signes physiques.

Nous ne rappellerons pas ici en détail tous les signes physiques d'épanchement que l'on pourra alors constater. Ceux-ci pourront être retrouvés en entier ou incomplets ; chacun d'eux pourra être plus ou moins net.

Sans doute, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le souffle, l'égophonie peuvent être absents (Trousseau, Lasègue), l'abolition des vibrations locales peut être difficile à percevoir chez un enfant trop jeune. Mais c'est surtout, comme nous le verrons, la constatation de signes physiques divers surajoutés qui peut induire en erreur.

C'est ainsi qu'on observe fréquemment (et ce n'est pas un fait particulier aux pleurésies latentes) un souffle bronchique, ou même amphorique, pseudo-cavitaire, que Rilliet et Barthez ont été les premiers à signaler chez l'enfant, et que West note ensuite tout spécialement dans la pleurésie latente.

Ce souffle peut avoir son siège dans les diverses parties du thorax, mais lorsqu'il est perçu dans la région sous-claviculaire, ainsi que nous avons pu le constater, il peut encore plus facilement faire dévier le diagnostic et empêcher de percevoir les signes classiques de l'épanchement.

D'autres bruits surajoutés, tels que râles, gargouillements, dus à de la bronchite, à de la congestion pulmonaire sous-jacente, peuvent être causes d'erreur.

Quoi qu'il en soit, dans presque tous les cas, l'examen attentif doit, croyons-nous, montrer l'existence d'un épanchement pleural.

L'inspection et la palpation montrent de la déformation thoracique (voussure, effacement des espaces intercostaux) et surtout la déviation du cœur, parfois très marquée dans la pleurésie gauche. Il bat sur la ligne médiane et même parfois à droite du sternum jusque sous le téton droit.

A l'auscultation, on note très souvent l'absence complète de tout bruit respiratoire (Lasègue, Trousseau), qui coïncide généralement avec l'absence d'égophonie, de souffle, de pectoriloquie aphone. Ces derniers signes peuvent cependant exister.

Que l'on ait trouvé ou non à l'examen des signes complets d'un épanchement, celui-ci peut être plus ou moins abondant, suivant la nature de la pleurésie.

Mais dans les cas de pleurésie primitive, c'est généralement à un épanchement abondant que l'on a affaire.

C'était l'opinion de Trousseau, c'est aussi le résultat

des chiffres mentionnés dans les diverses observations, tout en tenant compte de la capacité relative des plèvres aux différents âges.

Par la ponction, Trousseau retira 800 gr. de liquide chez une fille de 16 ans ; 1.100 gr. chez un garçon de 12. Gaujoux et Maillet en ont trouvé plus de 600 chez une fillette de 9 ans. Dans les observations de West, il est mentionné dans deux cas, 350 gr. de liquide dans chaque plèvre, à l'autopsie, chez une enfant de 26 mois et un petit garçon de 3 ans.

L'épanchement peut d'ailleurs être uni ou bilatéral. Quand il n'existe que d'un seul côté, il semble que le côté gauche est le plus souvent atteint.

Pleurésie secondaire. — Quand la pleurésie séro-fibrineuse est secondaire, c'est-à-dire quand elle survient au cours d'une autre affection, les signes cliniques seront d'autant plus difficiles à percevoir que l'on mettra sur le compte de la première affection, que l'on attribuera à une rechute, les troubles vagues (malaise, essoufflement), la fièvre légère que l'on pourra alors observer.

C'est même, on peut le dire, dans le fait de la fréquence relative de ces pleurésies secondaires chez l'enfant, que se trouve comme nous le verrons une des plus grandes causes de latence des pleurésies chez les jeunes sujets.

Il y a beau temps que Lasègue commençant une de ses leçons cliniques, disait : « la pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre ». Cet aphorisme d'allure paradoxale est absolument exact quand on envisage les pleurésies de l'enfant ; plus il est jeune, moins il est exposé à présenter une pleurésie primitive ; les réactions pleurales trahissent en général chez lui la présence de processus morbides qui ont débuté dans d'autres organes, et dont la plèvre n'est qu'un aboutissant naturel ou accidentel. Voilà pourquoi

ne se retrouvent en général que les pleurésies que l'on cherche.

Les observations de *pleurésie hémorragique* se comptent chez l'enfant, aussi ne nous arrêterons-nous pas à leur étude séméiologique.

En parlant des *pleurésies purulentes* presque toujours secondaires, mais enkystées ou non, interlobaires ou non, les mêmes réflexions que nous venons d'émettre à propos des pleurésies séro-fibrineuses secondaires, restent valables malgré le nombre véritable impressionnant des signes cliniques accumulés par la génération médicale ; depuis de longues années, les classiques insistent d'ailleurs et depuis longtemps sur la latence possible, sinon habituelle de gros épanchements purulents. Ce serait donc ici enfoncer une porte ouverte que d'établir la réalité même de cette latence.

Il suffit, pour démontrer leur existence, de rappeler la série des observations dans lesquelles la nécropsie démontra l'épanchement longtemps insoupçonné du vivant du pauvre enfant malade.

Nous reviendrons d'abord sur ce point dans notre chapitre diagnostique.

CHAPITRE III

La *pleurésie sèche* restée *latente*, guérit le plus souvent assez vite, mais laisse parfois aussi une réaction locale qui se manifeste longtemps encore par les frottements que décèle l'auscultation. Son importance séméiologique reste toujours très grande ; elle est d'ailleurs la cause directe des rétractions et déformations costales dites des pleurétiques.

Comment évolue *la pleurésie latente séro-fibrineuse* ? Elle ne présente rien à ce point de vue qui la distingue beaucoup de la pleurésie séro-fibrineuse ordinaire. La durée de la maladie, comme dans cette dernière, semble limitée entre cinq et six semaines en moyenne. L'état général, comme le signalait déjà Pidoux, est rapidement et profondément atteint, et c'est pour cet état général que l'on vient habituellement consulter le médecin, quinze à vingt jours après le début de la maladie que l'on avait tout d'abord négligée.

A ce moment, l'épanchement abondant impose souvent une ponction qui, faite en temps opportun, amènera rapidement la guérison. La pleurésie séro-fibrineuse latente n'est donc pas à proprement parler une affection chronique, bien qu'elle en ait en apparence les caractères par son insidiosité, par le peu de réaction qu'elle provoque dans l'organisme.

Au bout de cinq à six semaines, l'épanchement ayant été ponctionné, ou s'étant résorbé spontanément, la guérison survient.

Cette résorption se produit facilement dans les cas où l'épanchement est peu abondant, ce qui a lieu surtout dans les pleurésies secondaires. Il n'est pas rare, croyons-nous, dans ces cas, que la pleurésie passe inaperçue dans toute son évolution et ne soit dévoilée qu'ultérieurement par les traces qu'elle a laissées. Ces pleurésies à faible épanchement ont, en effet, une tendance très marquée (comme le signalait déjà Pidoux dans son mémoire) à la production d'adhérences qui entraîneront des frottements pleuraux, des pleurodynies, des déformations thoraciques, entraves à la fonction respiratoire.

La résorption peut aussi se faire pour les épanchements plus abondants du rhumatisme, de la tuberculose, etc., etc. Mais dans ces cas le pronostic est loin d'être toujours aussi bénin.

La *mort subite* est malheureusement parfois l'issue d'une pleurésie latente séro-fibrineuse non reconnue ou non ponctionnée. Rappelons que si West a si bien décrit cette pleurésie, c'est qu'il a eu l'occasion d'observer trois fois une terminaison fatale chez des enfants qui, la veille encore, jouaient, allaient et venaient, sans que leur état inspirât la moindre inquiétude à leur entourage. D'ailleurs, Trousseau avait déjà insisté sur l'opportunité d'une thoracentèse en pareil cas. Après Sevestre, Chomel, Peter a, lui aussi, rapporté de telles observations.

Voilà donc qui vient singulièrement obscurcir le pronostic de la pleurésie latente ; raison de plus pour chercher à la découvrir. Car, si, parmi les observations qu'on a publiées, il en est déjà beaucoup où la pleurésie n'a été diagnostiquée qu'à l'autopsie, il est permis de se demander si elle

n'est pas en réalité plus fréquente qu'on ne le croit, en raison des cas qui peuvent échapper à une vérification *post mortem*.

En matière de *pleurésie purulente* chez l'enfant comme chez l'adulte, et que celle-ci soit ou non restée latente, il est classique de déclarer que l'évolution est en rapport avec la nature microbienne de l'épanchement (évoluant vite vers la guérison pour le pneumocoque, elle conduit en général assez rapidement à la mort avec le streptocoque).

Bien que la vomique semble moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, on l'observe assez souvent pour témoigner des difficultés du diagnostic.

Mais, fait important, la vomique de l'enfant est en général une vomique fractionnée et l'enfant avalant ses crachats, l'évacuation de petites quantités de pus passe souvent inaperçue, si bien que Leichtenstein à pu émettre l'idée que beaucoup de cas de pleurésies guéries spontanément par résorption, se sont en réalité terminées par des vomiques méconnues.

D'autre part, l'emphysème spontané, la perforation thoracique s'observent chez l'enfant et viennent encore quelquefois juger l'évolution longtemps latente d'une pleurésie purulente. Ce sont là, pourtant, des faits plus rares.

CHAPITRE IV

En écrivant ce chapitre, nous n'avons nullement l'intention d'aborder l'étude étiologique des pleurésies chez l'enfant ; la réaction pleurale, qu'elle soit ou non latente, apparaît comme secondaire aux mêmes causes ; et si, pour certains auteurs, le nombre des pleurésies tuberculeuses latentes est plus important, pour d'autres il y a surtout lieu, parmi les pleurésies latentes, de mentionner la pleurésie rhumatismale.

Quoi qu'il en soit, nous avons cherché dans ce chapitre à exposer les raisons et les causes qui, à notre sens, nous paraissent le plus justifier, sinon expliquer la latence des épanchements pleuraux au cours des premières années de la vie.

Disons tout de suite de quelles difficultés sera entouré un diagnostic de pleurésie chez l'enfant, et quelles connaissances seront indispensables au médecin désireux d'établir un diagnostic exact.

Et tout d'abord, le fait de la grande difficulté de percussion et d'auscultation d'un thorax de nourrisson.

La souplesse de la paroi, la mobilité des tissus, la faible épaisseur des enveloppes thoraciques modifient du tout au tout les signes stéthoscopiques.

L'absence de souffle d'égophonie est le plus souvent signalée : sous la clavicule un tel souffle paraîtrait caver-

neux ou cavernuleux, et nécessiterait tout au moins des réserves (Rilliet et Barthez, Trousseau, West, etc.).

Notre maître, M. le professeur Baumel insiste sur la nécessité d'examiner les tout petits dans la position verticale, les bras étendus en avant. Le mieux pour cela est de les appuyer contre l'épaule de leur nourrice, ventre ou dos suivant les cas. Dans ces conditions, la percussion et l'auscultation fournissent d'excellents résultats.

C'est dire que le médecin d'enfant devra se pénétrer de quelques notions utiles qui, en l'occurrence lui seront du premier intérêt.

Il devra à notre sens se souvenir : 1° que chez l'enfant, la pleurésie est bien plus fréquente que les théories classiques et les statistiques fournies veulent bien l'admettre ;

2° Que ces pleurésies, dans nombre de cas, pourront évoluer sans grand cortège symptomatique au cours ou au déclin d'autres maladies ; que par suite, elles devront être recherchées avec soin sans quoi elles resteraient inaperçues, ou seraient méconnues ;

3° Que pour se manifester parfois de façon suffisante, les signes cardinaux pleurétiques manquent bien des fois ou prennent des caractères anormaux, propres à induire en erreur le clinicien le plus exercé.

Développons chacun de ces points :

***

Les pleurésies sont chez l'enfant plus fréquentes qu'on ne croit en général.

Il est établi actuellement en ce qui concerne les pleurésies purulentes, en particulier celles qui se développent par exemple sous l'effet du pneumocoque, que la fréquence des réactions pleurales est indiscutable au cours ou au déclin d'une pneumonie para ou métapneumonique.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne les pleurésies sèches séreuses ou séro-fibrineuses.

Rappelons tout d'abord que l'existence chez l'enfant de pleurésies séro-fibrineuses a longtemps été niée par nombre d'auteurs et non des moindres, experts en pédiâtrie. Certains d'entre eux, par inexactitude dans les termes, n'ont même considéré comme pleurésies séro-fibrineuses latentes vraies que les rares pleurésies chroniques, rapportées par des auteurs classiques. Verliac fut un des premiers à nier l'existence de pleurésies simples chroniques chez l'enfant ; ce qui est parfaitement d'accord d'ailleurs avec l'évolution relativement rapide des épanchements pleurétiques à cet âge et leur pronostic plutôt favorable.

Mais si les pleurésies chroniques infantiles n'existent pas comme le veulent Verliac, Fernet et d'Heilly, ou tout au moins sont d'une extrême rareté, il est certain qu'il peut au contraire exister toujours chez l'enfant des épanchements pleurétiques à évolution parfois très rapide, voire même éphémère quoique latente et qui sont souvent, en outre, dépourvus de toute manifestation clinique et peuvent passer inaperçus.

Les travaux récents, et les observations écrites déjà anciennes de certains maîtres de la médecine, ont établi la positivité de ces manifestations morbides. Comme nous l'avons montrée, Trousseau et Lasègue d'abord, West ensuite, ont insisté particulièrement sur la fréquence (par rapport à l'adulte) des pleurésies latentes de cet âge, ils en ont même rapporté des observations très démonstratives.

Depuis ces maîtres, de nombreux faits sont encore venus confirmer la manière de voir que nous défendons, c'est-à-dire la latence possible chez l'enfant, d'épanchements pleuraux même abondants.

Bien que tout aussi certaines, les observations de pleurésies latentes hémorragiques chez l'enfant se comptent. Les faits probants apportés par Hervieux, en particulier chez des nourrissons, sont indiscutables. Cependant, on peut se demander avec Roger s'il ne s'agit pas là de « pleurésies purulentes latentes au début et dans lesquelles le sang était plus ou moins mélangé de pus. » (J. Roger, cité par Hutinel, *Maladies des enfants*, p. 417, tome IV). Quoi qu'il en soit, dans de tels cas, la latence de la pleurésie s'explique, nous semble-t-il, avant tout par l'insidiosité que met l'épanchement à se former et le peu de réactions déterminées dans un organisme profondément débilité et anémié par la maladie causale (infectieuse) précédant la localisation pleurale.

***

S'il est possible de trouver des cas indiscutables de pleurésies, et en particulier de pleurésies séro-fibrineuses primitives, dans nombre de cas ces pleurésies semblent chez l'enfant évoluer plus communément comme types secondaires. De là, leur plus grande latence.

Sans doute, les pleurésies dites primitives de l'enfance existent, quoique très rares, et il n'est plus juste de dire avec Sevestre (1) que « dans les premiers mois de la vie, les pleurésies n'ont qu'un intérêt anatomo-pathologique, que ce ne sont que des trouvailles d'autopsie. » Mais il n'en est pas moins vrai que, quoi qu'en dise West lui-même, qui en donne trois observations dans ses leçons cliniques, chez

(1) Sevestre. Pleurésie de la première enfance. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1887.

le nouveau-né et chez le nourrisson, les cas en sont rares si l'on en croit Hervieux (1), Roger (2), Hutinel (3).

Au contraire, en avançant en âge, les cas de pleurésies dites primitives augmentent de fréquence.

Quoi qu'il en soit, au cours des premières années de la vie, les pleurésies nettement secondaires sont de beaucoup supérieures par leur nombre aux pleurésies primitives. West indique 72 pleurésies secondaires sur 80, soit 8 primitives seulement. Peut-être, ainsi que nous l'avons dit et que nous le répétons, ces chiffres sont-ils bien au-dessous de la vérité, mais la proportion est assez marquée et méritait d'être signalée.

Si le plus souvent les pleurésies sont secondaires, qu'y-a-t-il d'étonnant à ce que bien des fois elles passent inaperçues ? Et d'abord pour les reconnaître puisqu'elles sont silencieuses et ne sont révélables que pour qui les cherche, encore faudrait-il qu'elles soient soupçonnées par le médecin.

On se souviendra surtout que les pleurésies sont loin de présenter, nous l'avons vu, chez l'enfant le cortège symptomatique que l'on est habitué à trouver dans les mêmes conditions chez l'adulte. Il y a donc encore là une nouvelle cause d'erreur.

---

(1) Hervieux Pleurésie du nouveau-né. Gaz. des hôpitaux, 1860.

(2) Roger. De la pleurésie purulente du nouveau-né. Thèse de Paris, 1903.

Macé. La pleurésie purulente du nouveau-né et du nourrisson. L'Obstétrique, 1900

Dourier. La pleurésie purulente du nouveau-né et du nourrisson. Thèse de Paris, 1906.

(3) Hutinel. Maladie des enfants, t. IV, p. 408.

Ainsi, en fin de compte, la prétendue rareté de la pleurésie chez l'enfant tient à ce que chez les tout jeunes enfants beaucoup de réactions pleurales passent malheureusement inaperçues. Que de fois, en clinique, n'observe-t-on pas d'enfants qui portent de véritables témoignages cliniques d'une pleurésie ancienne, ignorée ou méconnue ?

Nous avons vu bien des fois notre maître, M. le professeur Baumel, faire ainsi, par un examen attentif détaillé, un diagnostic rétrospectif de pleurésie ancienne, sur les simples constatations de submatité, de frottements pleuraux, d'emphysème vicariant et compensateur, rudesse respiratoire et déformations thoraciques.

Puisqu'elles existent, il faut y penser et il faut les chercher. Mais il faut savoir que pour si avisé qu'il soit, même s'il y pense et les soupçonne, un médecin peut encore se méprendre et être induit en erreur.

Sans aucun signe clinique, avec une symptomatologie d'emprunt, souvent un épanchement se forme, évolue, disparaît ou donne naissance à une faible vomique, sans qu'il ait été un seul instant soupçonné.

« La pleurésie de l'enfant, a dit Dourier, ne se confond pas, elle se méconnaît. »

Durant la période fébrile, rien n'attirant l'attention du côté de la plèvre, les signes de localisation à cette séreuse, tant fonctionnels que physiques faisant souvent défaut ou n'étant qu'ébauchés, on ne la diagnostique pas.

Au décours de la maladie, d'autres raisons le font méconnaître : la symptomatologie alarmante de la maladie principale s'étant amendée, sans reprise de la courbe fébrile, on laisse un peu le malade des yeux et les examens successifs ne sont souvent qu'ébauchés.

On sent le souffle d'une pneumonie qui persiste après les râles sous-crépitants de retour, et l'on néglige de

percuter une base où cependant on note un peu d'obscurité respiratoire ; on néglige ou l'on ne peut faire compter ou parler le malade à voix haute, puis à voix chuchotée, pour noter l'égophonie ou la pectoriloquie, signes probants d'un épanchement. Le souffle manque assez souvent ou n'est pas net, et ainsi le diagnostic reste à faire.

Rappelons que ces épanchements de la plèvre peuvent se manifester au cours ou au décours des maladies les plus diverses : pneumonie franche et broncho-pneumonie, tuberculose pulmonaire, infarctus, gangrène pulmonaire, au cours de la rougeole, de la scarlatine, du scorbut ou de la diphtérie, etc., toutes maladies qui par leur importance suffisent à absorber l'attention du médecin et devenir ainsi cause d'une erreur de diagnostic.

A toutes ces causes de latence et d'erreur, dans le diagnostic des pleurésies chez l'enfant, nous ajouterons que, habituellement, au cours des affections causales qu'elles accompagnent, les réactions morbides du sujet qui en est porteur sont grandement diminuées.

D'autre part, les classiques ont insisté sur la difficulté du diagnostic des maladies liées aux faibles réactions de défense de l'enfant.

D'ailleurs, l'enfant est un organisme particulièrement malléable, qui s'accommode sans grandes difficultés des conditions nouvelles où peuvent être mis ses organes.

Epuisé par une longue maladie, sa sensibilité s'émousse. La douleur est par lui mal localisée ou pas du tout.

Son poumon refoulé par l'épanchement, respire moins, mais il s'adapte. La dyspnée manque chez lui avec les plus grands épanchements.

« Si l'on tient compte de ces considérations, si l'on se rappelle et les pleurésies causes de morts subites, et celles que révèle l'autopsie, on doit conclure que les pleurésies

purulentes, séro-fibrineuses et même sèches, ne sont pas aussi rares chez l'enfant qu'on veut bien le dire et que cette soi-disant rareté est peut-être due à ce que beaucoup de ces pleurésies ont évolué sans grands symptômes, à ce qu'elles furent des pleurésies latentes. »

Il convenait donc d'insister sur les causes de cette latence, d'en préciser l'origine afin de les dépister.

CHAPITRE V

Nous conserverons dans l'étude du diagnostic la classification que nous avons déjà adoptée : en pleurésies sèches, pleurésies séro-fibrineuses et pleurésies purulentes.

Nous croyons tout d'abord devoir insister d'une façon toute spéciale sur l'importance du diagnostic de la pleurésie chez l'enfant, non pas seulement parce qu'il importe d'instituer une thérapeutique aussi précoce que possible, mais parce que ce diagnostic présente des difficultés toutes particulières, dont se rendra aisément compte quiconque est tant soit peu familiarisé avec la clinique infantile. Qui ne s'est en effet heurté à l'indocilité d'un enfant, et n'a pas été sur le point de renoncer, ou n'a pas renoncé à la recherche de signes capitaux cependant : vibrations thoraciques, égophonie, pectoriloquie aphone, etc. L'importance du diagnostic est pourtant capitale chez l'enfant, étant données les complications que l'on peut voir survenir, surtout en ce qui concerne les pleurésies purulentes et les pleurésies séro-fibrineuses à gros épanchement.

Nous ne pensons pas devoir insister trop longuement sur le *diagnostic des pleurésies sèches* ; sans doute, autant que toutes autres, elles peuvent entraîner le doute dans l'esprit du clinicien, mais ou bien elles évoluent vers la pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement, ou bien vers la résolution. Même dans les cas typiques, les symptômes

fonctionnels assez banaux que l'on constate, ne sauraient juger le problème diagnostique.

La toux, sèche, quinteuse, pénible, la dyspnée légère, la température évoluant entre 38 et 39 degrés, n'ont rien de pathognomonique. Nous avons d'ailleurs signalé que bien souvent, en pratique, ces signes mêmes étaient absents.

Quant aux signes physiques révélés par l'auscultation, ils sont également très variables au point de vue de leur importance séméiologique ; le frottement proprement dit, ou gros frottement, rappelant le bruit de cuir neuf, superficiel, rapeux, saccadé, en rapport avec les mouvements respiratoires, non modifié par la toux, ne laisse aucun doute sur son origine.

Il en est autrement des frottements fins, appelés frottements-râles par quelques auteurs, à cause des difficultés que soulève leur interprétation. Ce sont de petits bruits fins, secs, très superficiels, rappelant beaucoup les râles crépitants, donnant l'impression de la crépitation neigeuse ou de froissements d'étoffe. Ces frottements-râles peuvent d'ailleurs s'observer dans les congestions pulmonaires ; de là leur peu de valeur au point de vue séméiologique. En dehors de ces signes, on a bien signalé la diminution du murmure vésiculaire, avec la conservation des vibrations thoraciques. Mais ce sont là des détails d'auscultation, que seul le technicien très avisé saura reconnaître.

Le diagnostic de la pleurésie sèche chez l'enfant peut donc facilement rester en suspens, surtout lorsque le médecin, en présence de signes non pathognomoniques, se heurtera à l'indocilité du petit malade.

Beaucoup plus important est le diagnostic de la *pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement*. Nous n'avons pas à revenir ici sur l'étude séméiologique détaillée faite par

ailleurs. Nous croyons devoir cependant insister à nouveau sur les caractères spéciaux de l'affection chez l'enfant, qui expliquent sa latence possible et les difficultés souvent insurmontables auxquelles se heurte parfois le diagnostic.

Le début est rarement brusque, impressionnant, comme celui de beaucoup d'affections chez l'enfant. Mais dans quelques cas, le petit malade, en proie à une température élevée, présente des phénomènes convulsifs, une dyspnée intense ; il accuse, suivant son âge, un point de côté localisé quelquefois à la région mammaire, mais souvent aussi à l'abdomen, si bien que les vomissements, l'accélération du pouls, le faciès angoissé, tiré, ont alors pu en imposer, dans quelques cas, pour une appendicite. Pour éviter de telles erreurs, le médecin d'enfants doit se souvenir qu'il doit toujours ausculter avec une grande attention les poumons d'un enfant qui se plaint pourtant du ventre. Le conseil est classique, mais méritait d'être rappelé ici, d'autant que ces symptômes physiques présentent aussi quelques particularités à noter ; l'épanchement est rapidement constitué, la phase de pleurésie sèche est réduite à son minimum, et le plus souvent échappe au médecin ; la matité est bientôt très nette ; tandis que, par contre, on a signalé assez fréquemment la conservation des vibrations thoraciques, malgré un épanchement considérable, le souffle est fort et ne rappelle que de très loin le souffle pleurétique, doux, voilé, lointain, de l'adulte ; les signes pseudo-cavitaires sont fréquents ; l'égophonie et la pectoriloquie aphone sont rares et d'ailleurs difficiles à rechercher ; enfin, plus rarement que chez l'adulte, la tuberculose est en cause dans la pleurésie chez l'enfant, et nous devons insister tout particulièrement sur les épanchements en rapport avec le pneumocoque.

Ainsi décrite, la pleurésie avec épanchement doit être très attentivement cherchée pour éviter de la confondre avec de multiples affections de l'appareil broncho-pulmonaire chez l'enfant. La pneumonie lobaire est assez rare chez l'enfant ; les symptômes : matité limitée, exagération des vibrations, souffle tubaire, crépitants, l'intensité des phénomènes généraux, imposeront le diagnostic ; nous n'insisterons pas sur l'expectoration, phénomène exceptionnel chez l'enfant.

Les diverses formes de broncho-pneumonie, si fréquentes chez l'enfant, ne nous arrêteront pas, du moins en leur période d'évolution aiguë ; la dyspnée formidable, les foyers de râles et de souffle disséminés, sont pathognomoniques. Mais nous insisterons sur l'importance qu'il y a à ausculter sérieusement l'enfant quand ces signes physiques se seront amendés, afin de dépister tout épanchement qui pourrait facilement passer inaperçu après l'alerte de la broncho-pneumonie, Témoin l'observation signalée par le docteur Stolz, dans la discussion qui suivit la communication de MM. Baumel, Gaujoux et Maillet, à la Société des Sciences médicales de Montpellier, l'année dernière.

Les diverses formes de congestion pulmonaire peuvent, par elles-mêmes ou par leur coïncidence avec un léger épanchement, créer des difficultés de diagnostic dont quelquefois seule une ponction exploratrice capillaire peut donner la solution.

Nous n'insisterons pas sur les formes banales en rapport avec une lésion cardiaque, rares chez l'enfant ; les râles et le souffle sont caractéristiques, et l'absence de phénomènes généraux feront le diagnostic.

Peu fréquente aussi, chez l'enfant, la pneumonie massive, que nous aurions pu envisager avec la pneumonie lo-

baire, mais que nous avons cru devoir rapprocher, au point de vue diagnostic, des congestions pulmonaires actives ; la matité est absolue, le souffle, la pectoriloquie aphone et l'égophonie font défaut ; la fièvre élevée, la dyspnée plus intense, la marche rapide de l'affection, et en dernier recours le résultat négatif de la ponction capillaire, permettront chez l'enfant de diagnostiquer la pneumonie massive de certains épanchements évoluant sur des plèvres déjà lésées, ayant contracté des adhérences en arrière, et dans lesquelles l'épanchement n'a pu se faire qu'en haut et en avant, par exemple.

La spléno-pneumonie, congestion pleuro-pulmonaire, donne, comme la pneumonie massive, un certain nombre de signes de la pleurésie ; il n'y a cependant jamais de déplacement des viscères, pas de déviation du cœur ; en pratique, seule la ponction exploratrice assurera le diagnostic.

Mais, plus que toute autre, la pleuro-pneumonie pourra égarer le diagnostic ; matité, diminution ou abolition du murmure vésiculaire, souffle en rapport à la fois avec le mince épanchement et le foyer pneumonique, sont autant de symptômes en présence desquels le doute sera toujours permis.

Les caractères différentiels seront : le début plus brusque, le grand frisson unique et plus violent que ceux de la pleurésie, souvent multiples, le point de côté toujours vif, la température initiale plus élevée, la toux plus fréquente, les crachats rouillés quand le petit malade crachera, la matité sans perte d'élasticité au doigt, les vibrations vocales exagérées, les râles crépitants, le souffle à timbre métallique, l'absence d'égophonie, et souvent de pectoriloquie aphone. Enfin, en cas de doute, et malgré tout ce que nous

venons de dire le doute sera fréquent, la ponction exploratrice ne devra jamais être négligée.

Quant à la radioscopie et à la radiographie, elles pourront apporter une contribution utile au diagnostic même des épanchements pleurétiques, quand la question de l'opacité de ce même liquide sera définitivement jugée.

La pleurésie séro-fibrineuse étant reconnue, comment en déterminer la nature ?

1° Par l'examen clinique (étude attentive des antécédents de l'enfant) ; l'auscultation de ses sommets, la recherche de l'état de ses ganglions, la cuti ou intra-dermo-réaction permettront de dire si l'enfant est ou non un tuberculeux, mais ne sauraient fixer absolument sur la nature bacillaire de sa pleurésie ;

2° L'examen cyto-bactériologique du liquide retiré par ponction devra donc venir souvent en aide au diagnostic clinique, d'autant que pratiquement la détermination de la purulence d'un liquide pleural ne se fait quelquefois que par présomption (âge de l'enfant), et par la ponction.

Nous n'aurons garde d'oublier de signaler ici que la pleurésie rhumatismale, dont la latence chez l'enfant comme chez l'adulte est si fréquente, se rencontre, pour certains auteurs, assez souvent dans le jeune âge. Il est d'autant plus important de la signaler ici que, masquée par l'intensité des phénomènes articulaires ou des complications cardiaques, elle se signale par des signes fonctionnels très discrets. Son diagnostic sera facilement établi par les signes physiques : matité, abolition des vibrations, etc., à condition que le médecin songe à porter ses investigations de ce côté.

Le diagnostic d'avec l'hydrothorax est à peine à signaler. Son étiologie (lésion cardiaque ou rénale), sa bi-

latéralité, son absence de symptômes généraux, en sont les signes caractéristiques.

De ce qui précède, et malgré la série des signes différentiels sur lesquels nous avons successivement insisté, nous voyons que dans bien des cas le suprême moyen diagnostique en matière d'épanchement pleurétique, devra être la ponction exploratrice ; cette opération, facile, sans danger, a le double avantage de fixer non seulement le diagnostic d'épanchement, mais encore de renseigner sur la nature de cet épanchement et d'en permettre l'examen cytologique avant toute intervention. Seule, elle nous révèlera les épanchements enkystés, hémorragiques ou chyliformes, rares chez l'enfant, mais dont l'existence est importante au point de vue du diagnostic causal (tuberculose, rhumatisme, maladie infectieuse, scorbut, maladie de Barlow, etc.).

Inutile d'ajouter que la ponction sera toujours faite sous le couvert d'une asepsie absolue.

Nous devons enfin faire une place importante au diagnostic de la *pleurésie purulente chez l'enfant* ; elle peut, le fait est classique, fréquemment induire en erreur par sa latence, et ne se révèle quelquefois, nous l'avons dit, que par une vomique, ou même, hélas ! à l'autopsie. Nous ne reviendrons pas sur les symptômes communs à tout épanchement, et propres aux épanchements purulents : la fièvre à grandes oscillations, le godet d'œdème, la dilatation des veines superficielles, sont plus rarement notées d'ailleurs chez l'enfant que chez l'adulte, peut-être sans doute parce que la grande majorité des pleurésies purulentes chez l'enfant, étant d'origine pneumococcique, les symptômes infectieux sont réduits au minimum, du fait de la rapide disparition de la virulence du pneumocoque. La tuberculose, le streptocoque, sont également, mais beau-

coup plus rarement, en cause dans les pleurésies purulentes de l'enfant ; les pleurésies putrides sont également exceptionnelles. Nous ne croyons pas que les cas de pleurésies enkystées, cliniquement diagnostiquées, soient nombreux chez l'enfant. Ils le seraient davantage si, toutes les fois qu'un enfant présente un syndrome infectieux grave, avec des antécédents pulmonaires par exemple, on interrogeait attentivement la plèvre, comme on le fait classiquement chez l'adulte.

Seule, sans doute, la ponction exploratrice peut trancher le diagnostic et de l'existence du pus et de sa nature ; moins encore que dans les épanchements séro-fibrineux, il ne faudra hésiter à la pratiquer, et souvent elle donnera des surprises au médecin, en révélant une pleurésie purulente chez un enfant, alors qu'il ne l'avait pas soupçonnée. L'examen microscopique ou l'ensemencement devront alors, d'ailleurs, être le complément obligatoire de la ponction puisque ainsi le clinicien sera fixé, en même temps que sur son diagnostic, sur son traitement et son pronostic.

Mais mieux que dans les épanchements séro-fibrineux, la radiographie ou la radioscopie viendront nous fournir des résultats décisifs, dont il ne faudra pas se priver chaque fois que la proximité d'une installation radiographique permettra d'avoir recours à ce mode de diagnostic.

CONCLUSIONS

I. Chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, il n'est pas d'examen clinique sérieux possible sans une revue méthodique de tous ses appareils.

II. Au point de vue particulier de la pathologie de l'appareil respiratoire, chez l'enfant, les pleurésies, quelle qu'en soit la variété clinique, restent souvent cachées, latentes et ne se révèlent que si on les cherche.

III. L'intérêt clinique du diagnostic précoce chez un enfant de l'existence d'un épanchement pleural quel qu'il soit, découle des applications thérapeutiques qui en résultent.

BIBLIOGRAPHIE

N'y sont cités que les articles ou ouvrages ayant trait à la latence possible des pleurésies chez l'enfant.

ANDRAL. — Cliniques Médicales. 1820.

ARDIN-DELTEIL. — Diagnostic pathogénique des épanchements pleuraux.

AUSSET. — Les pleurésies.

BARBE. — OEdème de la paroi thoracique dans les pleurésies non purulentes. Th. Paris, 1884-85.

BARD. — Formes cliniques des pleurésies tuberculeuses. Semaine Médicale, 1902.

BARON. — Les pleurésies chez l'enfant. Th. Paris, 1841.

BARTHEZ et SAMÉ. — Traité des Maladies des Enfants.

BAUMEL. — Précis des Maladies des Enfants.

— Leçons cliniques inédites.

BAUMEL, GAUJOUX et MAILLET. — Soc. des Sc. Méd. Montp. 9 avril 1910.

BERGER. — Pleurésie interlobaire tuberculeuse. Paris, 1908.

BERNARD. — Le triangle de Grocco dans les pleurésies séro-fibrineuses. Th. Paris, 1905.

BONCOUR. — Les pleurésies purulentes chez l'enfant. Th. Paris, 1897.

BRETON. — Revue des Maladies de l'Enfance, 1892.

Cadet de Gassicourt. — Revue des Maladies de l'Enfance, 1892.

Colibert. — Pleurésie cloisonnée. Th. Paris, 1907.

Colrat. — Pleurésie chez l'enfant. Lyon Médical, 1891.

Comby, Grancher et Marfan. — Traité des Maladies de l'Enfance.

Comby. — Pleurésie chez l'enfant. Soc. Méd. des Hôp., 1891.

Deguy et Detot. — Revue des Mal. de l'Enfance.

Descroizilles. — Traité de Médecine infantile.

Deromet. — Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse. Paris 1909.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Douriez. — Pleurésie purulente du nourrisson. Th. Paris, 1906.

Fernet. — Soc. Méd. des Hôp. Paris, 15 mai 1891 et 22 févr. 1895.

Finkelstein (Mlle). — Pleurésies purulentes de l'enfance. Th. Paris, 1890.

Hutinel. — Pleurésies hémorragiques et purulentes. Journal de Méd. interne, 1905.

— Traité des Maladies de l'Enfance.

Lasègue. — Etudes médicales, 1884.

Le Camus. Diagnostic de la splénopneumonie avec la pleurésie sérofibrineuse. Th. Bordeaux, 1907.

Lemaigre. — Pleurésie purulente chez l'enfant. Journal de Méd. de Bordeaux, 27 juin 1875.

Lesné et Tinel. — Ann. de Méd. et de Chir. Inf., 1906.

Létinois. — Th. Paris, 1904.

Louis. — Pleurésie parapneumonique. Lyon, 1904.

Marfan. Etiologie et diagnostic des pleurésies. Gaz. des Hôpitaux, août 1889.

Missakian. — Pleurésie hémorragique. Th. Paris, 1908.

MIRGUAT. — Le triangle de Grocco dans les pleurésies séro-fibrineuses à gros épanchement. Th. Paris, 1906.

NATHAN. — Art. Pleurésie du Traité de Grancher-Comby.

PASTEAU. — Pleurésie du sommet. Th. Paris, 1907.

PETER. — Clinique.

PIDOUX. — Mémoire sur le pronostic de la pleurésie latente. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1850.

PAPANAGIOTU. — Arch. de Méd. des Enfants, 1899.

RILLIET et BARTHEZ. — Traité des Mal. des Enfants.

SEVESTRE. — Première enfance et pleurésie. Revue de clinique et de thérap., 1887 ; Revue des Maladies de l'Enfance, 1888.

SIMON. — Pleurésies putrides chez l'enfant. Th. Paris, 1894.

WEST. — Leçons sur les Maladies des Enfants. Trad. Archambault, 1875.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 10 mars 1911.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
G. MASSOL.

Vu et approuvé
Montpellier, le 10 mars 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !